



## B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

**Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o en un período de inscripción especial.** Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-290-8900**.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar de plan.  | <input type="checkbox"/> Quiero añadir cobertura dental para adultos/familiar para todos los miembros en esta cuenta. |
| <input type="checkbox"/> Quiero agregar cobertura médica para un familiar.  | <input type="checkbox"/> Quiero añadir cobertura dental pediátrica (para miembros de 18 años y menores).              |
| <input type="checkbox"/> Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como el suscriptor. |   |

(Se aplican restricciones para períodos de inscripción especial. Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) para obtener más información).

### Combinar cuentas

**Las cuentas se pueden combinar durante el período de inscripción abierta o en un período de inscripción especial.**

- Quiero agregar a mi cuenta a familiar(es) que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente. (Indique qué familiares pasarán a su cuenta en la Sección C).

### Cancelación de cuenta

Nombre	Inicial del segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	
<input type="text"/>	

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa)

 /  / 

Suscriptor, padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta

**Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año.** (Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura médica o la de un familiar.   | <input type="checkbox"/> Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C).                    |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos.   | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi/nuestra cobertura dental para adultos/familiar (la cobertura de todos se cancelará). |
| <input type="checkbox"/> Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge/pareja doméstica y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura dental pediátrica de mis dependientes menores de 18 años.                  |
| <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).  |  |

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

 /  /  (mm/dd/aaaa)



### C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 3 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes. Los niños dependientes son elegibles para inscribirse hasta la edad de 25 años.

<b>Dependiente 3</b>	<input type="checkbox"/> Agregar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Añadir cobertura dental pediátrica
	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura médica	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental para adultos	<input type="checkbox"/> Cancelar cobertura dental pediátrica

Cambio de nombre

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Apellido
<input type="text"/>

Número de historia clínica (si corresponde)	Sexo:	Número de Seguro Social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

**Solicitantes mayores de 21 años:** ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente.  Sí  No

### D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción:  Inscripción abierta (**vaya a la Sección E**)  Un período de inscripción especial (siga con esta sección)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite [kp.org/inscripcionespecial](http://kp.org/inscripcionespecial) o llame al **1-800-255-5169** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de cobertura de salud mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*<br>¿Perdió la cobertura con nosotros (KFHPWA) que le proporcionó su empleador?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si es así, tiene 2 opciones para continuar con su cobertura con nosotros.<br><input type="checkbox"/> Cobertura que comienza automáticamente el día después de que finaliza la cobertura de su empleador.<br><input type="checkbox"/> Cobertura que comienza con base en la fecha en la que recibimos su solicitud. Consulte "Pérdida de la cobertura médica esencial mínima" en <a href="http://kp.org/inscripcionespecial">kp.org/inscripcionespecial</a> para obtener más información. | <input type="checkbox"/> Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente<br><b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:<br><input type="checkbox"/> La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente<br><input type="checkbox"/> El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica  | <input type="checkbox"/> Traslado permanente con acceso a nuevos planes   |
| <input type="checkbox"/> Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza<br><b>Nota:</b> En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:<br><input type="checkbox"/> La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidado de crianza<br><input type="checkbox"/> El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted   | <input type="checkbox"/> Determinación de Washington Healthplanfinder para circunstancias excepcionales   |
|  | <input type="checkbox"/> Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA)  |
|  | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar   |
|  | <input type="checkbox"/> Interrupción de la contribución del empleador a la prima de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)  |

Escriba la fecha de su evento calificado de vida.  /  /  (mm/dd/aaaa)

\*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de KFHPWA, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura.

## E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o agregar una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué plan de salud está disponible para usted. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, presente un formulario para cada plan por separado.

Disponible en los condados de Benton, Columbia, Franklin, Island, Lewis, Mason, Skagit, Walla Walla, Whatcom, Whitman y Yakima.

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bronze       | <input type="checkbox"/> Silver HSA     |
| <input type="checkbox"/> Bronze HSA X | <input type="checkbox"/> Flex Silver HD |
| <input type="checkbox"/> Flex Bronze  | <input type="checkbox"/> Flex Gold      |

Disponible en los condados de King, Kitsap, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Virtual Plus Bronze | <input type="checkbox"/> Virtual Plus Silver X |
| <input type="checkbox"/> Bronze              | <input type="checkbox"/> Silver HSA            |
| <input type="checkbox"/> Bronze HSA X        | <input type="checkbox"/> Flex Silver HD        |
| <input type="checkbox"/> Flex Bronze         | <input type="checkbox"/> Flex Gold             |

## F. Elija su plan dental opcional.

Si desea añadir cobertura dental de Delta Dental of Washington, elija su plan de atención dental aquí. Según la Ley del Cuidado de Salud Asequible, se requiere cobertura dental pediátrica. Si su formulario de cambios en la cuenta incluye a niños de 18 años o menos y si usted no los inscribe en nuestro plan de atención dental pediátrico, nos comunicaremos con usted para enviarle una Declaración de Cobertura Pediátrica con evidencia de otra cobertura dental pediátrica. La cobertura dental es proporcionada por Delta Dental de Washington, 400 Fairview Ave N., Suite 800, Seattle, WA 98109-5371. Para obtener más información, visite [deltadentalwa.com/group/kaiserpermanente](http://deltadentalwa.com/group/kaiserpermanente), llame al **1-800-290-8900** o comuníquese con su productor.

- Pediatric Dental n.º 09140
- Adult/Family Basic Dental n.º 09145

## G. Firme el formulario

- Es un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones van desde la denegación de los beneficios del seguro, hasta multas y encarcelamiento.
- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Si trabajé con un productor, entiendo que el productor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$216 por miembro por año más un bono potencial. Para obtener más información, visite [kp.org/brokercompensation](http://kp.org/brokercompensation) (en inglés).
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir correos electrónicos y comunicaciones por mensajes de Kaiser Permanente.

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/  /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre, madre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

## Información de contacto

**Correo:** Kaiser Foundation Health Plan of Washington  
Membership Administration  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193-9921

**O por fax a:**  
Administración de Membresías  
al **1-855-355-5334**

**¿Tiene alguna pregunta?**  
**Llame al 1-800-290-8900**  
(TTY 711)

Todos los planes médicos son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, 1300 SW 27th Street, Renton, WA 98057.

## Aviso de no discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of Washington y Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. ("Kaiser Permanente") cumplen las leyes federales y del estado de Washington de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen a las personas ni las tratan de manera diferente por motivos de raza, color, país de origen, edad, incapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni cualquier otro motivo protegido por las leyes federales, estatales o locales aplicables. Además, nosotros:

- Brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - información escrita en otros formatos (impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos),
  - dispositivos auxiliares (lupas, amplificadores auditivos portátiles y otras ayudas).
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
  - intérpretes calificados,
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio a los Miembros, al **1-888-901-4636** (TTY **711**).

Si piensa que Kaiser Permanente no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otro modo por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja formal ante nuestro coordinador de derechos civiles escribiendo a P.O. Box 35191, Mail Stop: RCR-A3S-03, Seattle, WA 98124-5191 o llamando a Servicio a los Miembros al número indicado anteriormente. Puede presentar una queja formal por correo, teléfono, o en línea en [kp.org/wa/feedback](https://kp.org/wa/feedback) (en inglés). Si necesita ayuda para presentar una queja formal, puede acudir a nuestro coordinador de derechos civiles.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante:

- La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés), o por correo postal o por teléfono a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).
- La Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros disponible en <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status> (en inglés), o por teléfono al **800-562-6900, 360-586-0241** (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx> (en inglés).

# Servicio de interpretación en otros idiomas

**English: ATTENTION:** If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Español (Spanish): ATENCIÓN:** Si habla español, tiene disponibles servicios de ayuda con el idioma sin cargo. Llame al **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**中文 (Chinese) :** 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-901-4636 (TTY 711)**。

**Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị có thể sử dụng dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí của chúng tôi. Xin gọi số **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**한국어 (Korean): 참고:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. **1-888-901-4636(TTY 711)**번으로 문의하십시오.

**Русский (Russian): ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по номеру **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Tagalog: PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**Українська (Ukrainian): УВАГА!** Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте за номером **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**ភាសាខ្មែរ (Khmer):** សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃគឺ មានសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-901-4636 (TTY 711)**។

**日本語 (Japanese): 注意事項：** 無料の日本語での言語サポートをご利用いただけます。 **1-888-901-4636 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

**አማርኛ (Amharic):** ማሳሰቢያ፡ የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገዛ አገልግሎቶች፡ በነጻ ለእርስዎ ይቀርባሉ፡ ወደ **1-888-901-4636 (TTY 711)** ይደውሉ።

**Oromiffa (Oromo): XIYYEEFFANNAA:** Afaan dubbattu Oroomiffa yoo ta'e, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. **1-888-901-4636 (TTY 711)** irraatti bilbilaa.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-901-4636 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**العربية (Arabic):** انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل بالرقم **(TTY 711) 1-888-901-4636**

**Deutsch (German): ACHTUNG:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

**ພາສາລາວ (Lao): ໂປດຊາບ:** ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ແມ່ນຈະມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ແກ່ທ່ານ. ໂທ **1-888-901-4636 (TTY 711)**.

